# *Załącznik nr 5*

# *do umowy na udzielanie mieszkańcom Cieszyna gwarantowanych świadczeń zdrowotnych z zakresu terapii uzależnień i współuzależnienia od alkoholu*

**Wykaz podwykonawców, którym Świadczeniodawca zamierza zlecić realizację części zadania**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wykaz podwykonawców, którym Świadczeniodawca zamierza zlecić realizację części zadania****(nazwa)** | **(adres, NIP, REGON, KRS/CEIDG)** |
|  |  |  |